

## **EDITAL PARA SELEÇÃO DE PROJETOS DE DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR - “PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR – QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE” - 2019 e 2020**

### **1 PREÂMBULO:**

A Vigilância Sanitária, em parceria com o Grupo de Inovação em Saúde (GIS), da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte torna público o “PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR – QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE”, a partir do qual, estarão abertas as inscrições para as instituições hospitalares interessadas.

O objetivo principal deste programa é fortalecer e ampliar o engajamento dos prestadores e profissionais de saúde afins nos métodos de prevenção, controle e tratativas de eventos adversos infecciosos e não infecciosos e, em consequência, na barreira de proteção ao paciente. Além disso, espera-se promover e implantar ações de melhoria da qualidade e do desempenho assistencial.

O conjunto de ações planejadas e a serem executadas neste programa está alinhado às políticas públicas e diretrizes do Ministério da Saúde, sendo as principais normas a Portaria MS Nº 2.616/1998, RDC 36/2013 e Portaria MS 529/2013, embora seu escopo não se limite a elas e incorpore, também, recomendações de boas práticas utilizadas pelo setor e reconhecidas na literatura. É importante ressaltar que o programa não abrange a normatização relacionada aos temas em sua totalidade e que a ausência da abordagem de algumas práticas nesse edital não desobriga as instituições participantes do cumprimento de toda a legislação em vigência.

### **2 DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO:**

Os hospitais aptos a pleitearem a participação neste programa precisam cumprir os seguintes critérios:

- Arranjo institucional: próprios da Prefeitura de Belo Horizonte ou filantrópicos com sede em Belo Horizonte - MG;
- Tipo de atendimento: 100% SUS;
- Incorporação e operacionalização da metodologia DRG-Brasil em sua instituição com tempo de uso da ferramenta de pelo menos 1 ano para que permita o acompanhamento da evolução dos indicadores de desempenho;
- Existência de contrato ou contrato de gestão vigente entre a instituição hospitalar e a Secretaria Municipal de Saúde referente à prestação dos serviços assistenciais à saúde, ou apresentação de certidões de regularização previstas na legislação.

Para participar do processo seletivo, o prestador interessado deverá preencher os pré-requisitos e realizar a inscrição conforme orientação deste edital.

### **3 DO OBJETO:**

O presente edital tem como objeto a premiação dos melhores projetos de desenvolvimento da qualidade e segurança do paciente a serem executados pela gestão dos hospitais que se inscreverem no programa de desenvolvimento hospitalar.

Ao se inscrever no programa, o hospital deverá elaborar um pré-projeto, conforme **seções 9 e 10**, contendo as ações previstas para serem desenvolvidas pelas áreas assistenciais de sua instituição de acordo com o cronograma do programa, presente no anexo 3, com o objetivo de cumprir os itens de avaliação propostos no anexo 4.

Após a aprovação do pré-projeto pela Comissão Especial, o desenvolvimento das ações será avaliado em etapas pela mesma Comissão, conforme metodologia descrita na **seção 13** e de acordo com a matriz de pontuação presente no anexo 4. De acordo com a pontuação obtida, os projetos serão premiados conforme **seção 15**.

Durante toda a duração do programa, a Comissão Especial do Programa poderá oferecer suporte para esclarecimento de dúvidas à instituição que solicitar no que tange à implementação das ações. Será oferecida capacitação online para as equipes assistenciais sobre determinados temas abordados nas dimensões de avaliação do programa.

#### **4 DOS ANEXOS:**

Estão contemplados nesse edital os seguintes anexos:

**Anexo 1** - Ficha técnica dos indicadores

**Anexo 2** - Formulário de pré-projeto

**Anexo 3** - Cronograma do programa

**Anexo 4** - Matriz de pontuação

**Anexo 5** - Termo de Referência

#### **5 DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO:**

- 5.1 Visita diagnóstica pela Comissão Especial do Programa aos inscritos no edital até o dia 08/05/2019.
- 5.2 Desenvolvimento do pré-projeto pelo hospital, conforme dimensões de avaliação definidas na seção 9 deste edital, incluindo perfil de atendimento e recursos humanos disponíveis, a partir da publicação do edital até o dia 10/05/19.
- 5.3 Aprovação do pré-projeto pela Comissão Especial do Programa até o dia 15/05/19.
- 5.4 O projeto completo deverá ser desenvolvido (cumprido integralmente) no período de **28** meses, obedecendo à programação de avaliação que será feita em 4 etapas, estabelecidas no cronograma do Programa (Anexo 3).
- 5.5 A Comissão Especial do Programa estará disponível para esclarecimentos e prestação de informações durante todo o decorrer dos projetos, sob demanda (atendendo às necessidades demandadas por cada hospital).

#### **6 DA INSCRIÇÃO:**

A inscrição no Programa configura-se a partir do registro online na internet no seguinte endereço <https://goo.gl/forms/joirT69CuZUtdPrj1>; a se realizar partir da publicação do presente edital até o dia 06/05/2019.

As instituições interessadas deverão encaminhar os pré-projetos nos termos definidos nesse edital e anexos, a partir da publicação do presente edital até o dia 10/05/2019.

#### **7 DIMENSÕES DE AVALIAÇÕES**

##### **7.1 NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE (NSP)**

Esta dimensão visa à implementação dos princípios mínimos que regem a segurança do paciente dentro das organizações de saúde, disseminando uma cultura de segurança contínua e universal nos hospitais e garantindo o cumprimento das determinações das legislações básicas aplicáveis (RDC 36/2013 e Portaria 529/2013).

##### **Itens avaliados:**

- 7.1.1 Capacitação EAD: O objetivo deste item é promover conhecimentos técnicos e teóricos sobre a dimensão, facilitando o desenvolvimento prático dos itens. Será obrigatória a participação de 100% da equipe do Núcleo de Segurança do Paciente na capacitação e treinamento via EAD oferecido pelo IAG-Saúde ou SMSA com os assuntos que estarão sendo trabalhados pelos hospitais em cada fase.
- 7.1.2 Interação com a Vigilância Sanitária (VISA): O objetivo deste item é garantir a estruturação legal para funcionamento dos NSP nas organizações de saúde e consolidar a relação entre os NSP dos hospitais e o órgão fiscalizador, através do fornecimento das informações necessárias definidas

pela Vigilância Sanitária da PBH em tempo hábil, de forma a permitir a participação conjunta e harmônica de ambos na implementação das correções e melhorias pertinentes.

- 7.1.3 Plano de Segurança do Paciente – PSP: O objetivo deste item é a elaboração e a implementação de uma política de segurança do paciente dentro das organizações de saúde, definida em um Plano de Segurança do Paciente, que permita que os principais riscos inerentes à assistência sejam identificados, estratificados, quantificados, tratados e minimizados.
- 7.1.4 Gerenciamento dos protocolos básicos de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde: O objetivo deste item é o gerenciamento pleno dos protocolos definidos pelo Ministério da Saúde para construção de uma política de segurança institucional, através da elaboração de documentos específicos, capacitação contínua de toda a organização, definição de indicadores relacionados a cada protocolo, com análise sistemática dos resultados e propostas de ações de melhoria contínua.

## 7.2 CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA (CIRA)

Esta dimensão visa o desenvolvimento das atividades hospitalares relacionadas às Comissões de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência (CCIRA), de modo a prevenir e mitigar os riscos de aquisição e disseminação de eventos adversos infecciosos, garantindo o reconhecimento de problemas e as propostas de correção em tempo hábil.

### Itens avaliados:

- 7.2.1 Estrutura Institucional: O objetivo deste item é garantir a estruturação legal para funcionamento das CCIRA nas organizações de saúde e consolidar a relação entre as CCIRA dos hospitais e o órgão fiscalizador, através do fornecimento das informações necessárias definidas pela Vigilância Sanitária da PBH em tempo hábil, de forma a permitir a participação conjunta e harmônica de ambas na implementação das correções e melhorias pertinentes.
- 7.2.2 Protocolos de Prevenção de Infecção: Este item visa ao gerenciamento pleno dos principais protocolos de prevenção de IRA, definidos de acordo com a complexidade e o risco de cada processo assistencial para construção de práticas seguras e garantia da qualidade da assistência, disseminando estas práticas em toda a organização e prevenindo a ocorrência de eventos adversos infecciosos.
- 7.2.3 Uso racional de antimicrobianos: Este item prevê a elaboração de uma política de uso de antimicrobianos em todas as suas modalidades, definindo padrões adequados de uso nas diversas situações e as metodologias de controle por parte da CCIRA, garantindo o uso racional destas drogas e a prevenção da disseminação da multirresistência no ambiente hospitalar.
- 7.2.4 Controle de egressos: O objetivo é desenvolver uma metodologia específica de acompanhamento pós-alta de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos e recém-nascidos, de modo a detectar precocemente falhas na assistência que possam ter gerado um resultado inadequado ou uma evolução indesejável.
- 7.2.5 Auditorias Assistenciais Internas: O objetivo é que as CCIRA desenvolvam um programa continuado de verificação do cumprimento das determinações padronizadas pela instituição, bem como aquelas estabelecidas pelo órgão fiscalizador (VISA) no intuito de prevenir o surgimento de IRA.

## 7.3 GESTÃO DA QUALIDADE E DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Esta dimensão possui o objetivo de desenvolver uma gestão da qualidade nos hospitais voltada para a construção de estruturas padronizadas de atendimento das principais patologias, de forma a garantir o melhor desfecho possível e o monitoramento dos resultados da assistência, estabelecendo as correções e melhorias necessárias e o desenvolvimento contínuo de todos os profissionais.

## Itens avaliados:

- 7.3.1 Capacitação EAD: O objetivo deste item é promover conhecimentos técnicos e teóricos sobre a dimensão, facilitando o desenvolvimento prático dos itens. Será obrigatória a participação de 100% da equipe de Gestão da Qualidade na capacitação e treinamento via EAD oferecido pelo IAG-Saúde ou SMSA com os assuntos que estarão sendo trabalhados pelos hospitais em cada fase.
- 7.3.2 Gerenciamento das linhas de cuidado mais representativas (perfil/risco): Este item tem como objetivo a construção das linhas de cuidado referentes aos principais atendimentos dos hospitais. As linhas de cuidado a serem construídas serão definidas levando-se em conta o número de atendimentos da patologia/situação, os riscos envolvidos no atendimento e o tipo de perfil de paciente atendido. O gerenciamento destas linhas será estabelecido através da definição de indicadores de monitoramento dos resultados assistenciais de cada linha definida.
- 7.3.3 Gestão Estratégica pelo DRG: Este item permite que se estabeleça uma gestão integrada entre DRG e os demais setores da organização, através da disseminação dos resultados dos indicadores do DRG para todos os setores do hospital, a fim de que a análise crítica sistemática destes indicadores pelas equipes assistenciais possibilite a melhoria contínua de resultados.
- 7.3.4 Desenvolvimento Contínuo: Neste item, o objetivo é avaliar a evolução do hospital em relação ao desempenho e à análise crítica dos indicadores através do acompanhamento dos planos de ação elaborados no intuito de correção de problemas e foco em melhoria contínua. Também se inclui neste item o gerenciamento da qualidade da água, bem como as tratativas para qualquer anormalidade neste controle.
- 7.3.5 Análise crítica da Alta Direção: Neste item, o objetivo é implantar metodologias específicas que permitam a análise sistemática dos indicadores da gestão da qualidade e do desempenho assistencial (incluindo a satisfação do cliente) feita entre os setores assistenciais, Corpo Clínico e a Alta Direção da organização.

## 8 DA VISITA DIAGNÓSTICA

A Comissão Especial do Programa agendará a visita diagnóstica em cada hospital inscrito no programa. Esta visita acontecerá durante todo o dia que será previamente agendado pelo GIS, não sendo necessária nenhuma apresentação especial. Devem estar disponíveis para a avaliação os representantes de cada serviço envolvido no projeto (ou aqueles que responderão por cada evidência a ser avaliada), bem como o responsável pelo programa designado na inscrição, que acompanhará toda a avaliação. As visitas diagnósticas ocorrerão entre a inscrição no programa e o dia 08/05/19.

Após a realização das visitas diagnósticas, a Comissão Especial do Programa elaborará relatório com o resultado da visita, no qual constará lista de itens considerados plenamente atendidos (ainda classificados como "SIM") e aqueles que não foram considerados plenamente atendidos (mudarão a classificação de "SIM" para "NÃO") e os motivos que levaram a esta conclusão (**ou a ausência de evidências objetivas para esta conclusão**). Também constará do relatório a pontuação definida para cada item do escopo do pré-projeto. Todos os itens concluídos como "NÃO ATENDIDOS" deverão fazer parte do escopo do pré-projeto de cada hospital. Os relatórios das visitas diagnósticas deverão ser encaminhados para os hospitais até 08/05/19.

## 9 DO PLANEJAMENTO DAS AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS (PRÉ-PROJETO)

Os hospitais deverão considerar os relatórios das visitas diagnósticas de forma a orientar a conclusão de cada pré-projeto, contendo plano de ação para cada item a ser contemplado no projeto, utilizando o formulário baseado na metodologia 5W1H, conforme Anexo 2. O envio dos pré-projetos para a

Comissão Especial do Programa deverá ser feito por e-mail ([gisasplan@pbh.gov.br](mailto:gisasplan@pbh.gov.br)), no formato PDF e devidamente assinados pelo representante do hospital no Programa, a partir da publicação do edital até o dia 10/05/19.

No início de cada etapa deste programa, poderão ser disponibilizados módulos de capacitação em alguns dos itens contemplados para as equipes assistenciais, fornecidos pelo Instituto de Acreditação e Gestão em Saúde, de forma não onerosa, via EAD (cursos específicos oferecidos por Educação à Distância).

## **10 DA APROVAÇÃO DO PRÉ-PROJETO**

A partir do envio dos pré-projetos, a Comissão Especial do Programa realizará a avaliação de cada um, observando se os planos de ação elaborados e as evidências objetivas descritas para cada item estão de acordo com os objetivos definidos em cada assunto tratado no programa. Caso a avaliação seja de que a ação definida ou a evidência objetiva não atendem à plenitude do item, o pré-projeto retornará para o hospital, a fim de que este faça os ajustes necessários, com a definição de um novo prazo de entrega destes ajustes.

O prazo final para o envio das aprovações pela Comissão Especial do Programa é até o dia 15/05/2019.

Caso alguma instituição hospitalar inscrita não faça os ajustes no pré-projeto recomendados pela Comissão Especial até a data limite (15/05/2019), os itens não ajustados serão retirados do projeto e a instituição em questão será penalizada com a perda da pontuação determinada para este item, conforme Matriz de Pontuação (Anexo 4).

A partir do envio do resultado final, os pré-projetos com todos os ajustes necessários realizados e já aprovados, poderão ser considerados como os projetos definitivos de cada hospital, que passará a desenvolver seus planos de ação, conforme as orientações da seção 11.

## **11 DA ROTINA DE FUNCIONAMENTO**

O projeto de cada hospital referente ao PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR – QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE deverá ser desenvolvido durante **28** meses, ao longo dos anos de 2019, 2020 e **2021**, a contar da data de envio da aprovação dos pré-projetos, com final programado para **dezembro de 2021**, consistindo esse desenvolvimento no cumprimento das ações definidas para cada item a ser implantado, nos prazos já determinados nos próprios planos. Os prazos definidos nos planos de ação deverão respeitar o cronograma já estabelecido no anexo 3.

Durante o desenvolvimento do projeto, a Comissão Especial do Programa realizará 4 auditorias item a item, concorrentes, com periodicidade já previamente programada no cronograma do projeto. Estas auditorias visam à verificação do cumprimento de todos os itens previstos para aquela fase correspondente do projeto, observando se as ações descritas foram eficazmente implantadas. As auditorias buscam a verificação das evidências do cumprimento dos itens e, naqueles itens específicos de indicadores, o que se espera encontrar são os resultados sistemáticos dos indicadores com suas análises críticas e ações corretivas/preventivas, quando necessárias.

Os itens avaliados nas auditorias serão os mesmos constantes na inscrição e será enviado relatório com a pontuação atingida e as justificativas em caso de perda de pontuação. As datas das auditorias serão marcadas em concordância com os hospitais participantes. A pontuação atingida por cada hospital naquela etapa auditada será definida conforme matriz de pontuação, sendo o total de cada item dependente do cumprimento das ações propostas (anexo 4).

As ações que não conseguirem ser completadas durante a etapa correspondente do projeto poderão ser concluídas ao longo das outras fases, para que não haja prejuízo no resultado final, uma vez que muitas ações são interdependentes, visto que as ações iniciais trazem consequências para as ações futuras. Caso em uma segunda etapa haja o cumprimento de itens previstos para a etapa anterior, a instituição

poderá recuperar 50% da pontuação perdida no item. Caso ocorra em duas etapas posteriores, a instituição poderá recuperar 30% da pontuação perdida e, finalmente, caso ocorra em 3 etapas posteriores, a recuperação será de 20% dos pontos. Não haverá recuperação de pontos nos itens que houver indicador.

## 12 DO SUPORTE OFERECIDO PELA COMISSÃO ESPECIAL DO PROGRAMA

Como apoio para os hospitais participantes do programa e como incentivo à participação das equipes na capacitação continuada, a Comissão Especial do Programa dará o suporte para o processo de capacitação via EAD (para esclarecimento de dúvidas e auxílio na realização das atividades programadas) bem como para a implementação das ações programadas no projeto de cada hospital. Este suporte poderá se dar das seguintes maneiras: via telefone (031-3277-7753) (para consultas rápidas), via e-mail [gisasplan@pbh.gov.br](mailto:gisasplan@pbh.gov.br) (para pareceres que exijam textos mais elaborados como resposta), via plataforma própria da EAD (como incentivo para discussões em grupo para construção de soluções coletivas) ou, ainda, com marcação de encontros presenciais na SMSA ou nos próprios hospitais, em concordância com as agendas das partes envolvidas. Os nomes dos apoiadores e o link de acesso à plataforma EAD serão divulgados antes do início de cada etapa e o horário dos trabalhos será de acordo com a carga horária de trabalho na SMSA.

## 13 DA MENSURAÇÃO

A cada etapa do projeto, será feita a soma dos pontos obtidos com a etapa auditada e essa pontuação será informada no relatório de cada auditoria para o conhecimento prévio da previsão de pontuação de cada etapa.

O anexo 4 apresenta a matriz de pontuação de cada item e subitem do programa. A pontuação geral de cada dimensão é apresentada na tabela abaixo.

PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR – QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE		
PONTUAÇÃO GERAL POR DIMENSÃO		
DIMENSÃO		PONTUAÇÃO GERAL
1	Núcleo de Segurança do Paciente	40 pontos
2	Programa de Controle de Infecção Hospitalar	30 pontos
3	Gestão da Qualidade de Desempenho Assistencial	20 pontos
TOTAL GERAL DO PROJETO		90 pontos

Cada dimensão avaliada é desdobrada em itens e subitens que serão avaliados nas etapas de auditoria. Esses são classificados em quatro tipos de atividades, que apresentarão pesos diferentes na avaliação, conforme tabela a seguir:

PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR – QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE	
PESO POR TIPO DE ATIVIDADE	
TIPO DE ATIVIDADE	PESO

1	Estrutura legal e implantação	1
2	Planejamento	2
3	Implementação	3
4	Rotina de monitoramento	3

A partir da pontuação obtida em cada item e sua ponderação por tipo de atividade, calcula-se a nota final da etapa. O somatório das notas obtidas por dimensão em cada etapa será o resultado final por cada hospital no encerramento do programa e este resultado orientará as premiações finais de cada participante.

Em caso de empate no resultado final do programa, o desempate seguirá os seguintes critérios:

- 1- Maior pontuação nos itens de Peso 3
- 2- Maior pontuação nos itens de Peso 2
- 3- Maior pontuação nos itens de Peso 1

#### **14 DA PREMIAÇÃO**

A pontuação final de cada participante do programa será calculada ao fim do desenvolvimento dos projetos, com base nos relatórios das 4 auditorias programadas. A Comissão Especial do Programa enviará o último relatório de auditoria aos hospitais constando a pontuação final no prazo de 30 dias após a última etapa de auditoria.

É importante salientar que o hospital deve ter pontuação em todas as dimensões do programa; caso isso não ocorra, o hospital não poderá participar do processo de premiação. Além disso, para que o hospital possa ter direito à premiação, é necessário que tenha obtido um mínimo de 40 % da pontuação em cada dimensão, após ponderação, ao final do programa.

O prêmio atribuído a cada hospital participante do programa será confirmado no evento de encerramento do programa, previsto para o mês de **dezembro de 2021**, sendo o montante total da premiação o valor de R\$3.000.000,00, distribuídos conforme tabela abaixo.

<b>PREMIAÇÃO PREVISTA PARA O PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR – QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	
<b>COLOCAÇÃO</b>	<b>VALOR ESTIMADO EM REAIS (R\$)</b>
1º LUGAR	1.000.000
2º LUGAR	600.000
3º LUGAR	400.000
DO 4º ao 7º LUGAR	250.000 PARA CADA
<b>TOTAL</b>	<b>3.000.000</b>

#### **15 DAS CONDIÇÕES PARA UTILIZAÇÃO DO PRÊMIO**

A SMSA determina que o valor obtido como premiação pelo desempenho no PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR – QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE seja utilizado para **adaptações/reformas de infraestrutura ou aquisição de equipamentos** que estejam relacionadas com incremento na segurança do paciente ou que possa possibilitar melhoria nas condições de assistência ou

maior conforto para a população atendida. Para isso, o hospital deverá, ao fim do projeto, indicar qual a destinação do recurso com a premiação obtida e os ganhos esperados em termos de melhoria assistencial, de forma que essa indicação deverá ser alinhada aos diagnósticos realizados ao longo do Programa Qualidade e Segurança.

Os valores obtidos com a premiação deverão ser utilizados no prazo de 2 (dois) anos a partir da entrega dos prêmios.

Durante a realização da adaptação/reforma da infraestrutura ou aquisição de equipamentos definida pelo hospital em concordância com a SMSA, o hospital poderá ser visitado pela Comissão Especial do Programa, a fim de verificar o andamento da execução e a verificação de seu risco. Além disso, o hospital deverá fazer a prestação de contas para a SMSA após a entrega dos prêmios.

Esta prestação de contas será feita da seguinte maneira:

1. Cada instituição premiada deverá, ao longo dos 2 anos de execução dos recursos, encaminhar relatório semestral à SMSA indicando o andamento da execução das adaptações/reformas de infraestrutura ou aquisição de equipamentos.
2. A partir das informações das instituições que receberam os prêmios, a prestação de contas deverá ocorrer em 30 dias a partir da conclusão do prazo de utilização dos recursos recebidos, por meio de relatório escrito e fotográfico.
3. A Comissão Especial do Programa emitirá documento de concordância, podendo realizar visitas técnicas para verificação do andamento das adaptações/reformas de infraestrutura ou aquisição de equipamentos (opcional, de acordo com a avaliação da SMSA e do hospital) e solicitar a apresentação de documentos comprobatórios do uso dos recursos do prêmio no projeto de adaptação/reforma de infraestrutura, caso necessário.

Caso a instituição premiada não apresente seu relatório final de prestação de contas (30 dias após a conclusão da utilização dos recursos) comprovando que as adaptações/reformas de infraestrutura ou aquisição de equipamentos foram devidamente concluídas e se encontram em operação, o valor do prêmio deverá ser devolvido de forma integral à SMSA.

Inclusive no caso de execução de adaptações/reformas de infraestrutura ou aquisição de equipamentos parciais ou incompletos, estando comprovado que estes não se encontram em devida operação, o valor integral deverá ser devolvido à SMSA.

## **16 DO EVENTO DE PREMIAÇÃO**

A premiação ocorrerá por meio de evento oficial com programação prevista para **dezembro de 2021**. Neste evento, será feita a comunicação do resultado do programa e o anúncio das premiações de cada hospital participante.

## **17 DAS IMPUGNAÇÕES E RECURSOS AO EDITAL**

É facultado à instituição hospitalar inscrita no programa, nos termos dos arts. 41 e 109 da Lei Federal nº 8.666/1993, a impugnação relativa aos termos do edital, quanto a possíveis falhas, vícios ou irregularidades existentes até o segundo dia útil que anteceder a entrega dos pré-projetos.

É facultado a qualquer cidadão em até 5 (cinco) dias úteis antes da data final de inscrição, impugnar os termos do edital, quanto a possíveis falhas, vícios ou irregularidades existentes.

A impugnação feita tempestivamente pela instituição inscrita não a impedirá de participar do programa até o trânsito em julgado da decisão a ela pertinente.

Será facultado aos inscritos, nos termos do art. 109 da Lei Federal nº 8.666/1993 a interposição de recurso administrativo, para a Secretaria Municipal de Saúde, por intermédio da Presidente da Comissão



Especial, prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados da intimação do ato ou da lavratura da ata pela Comissão Especial de Licitação, nos casos e na forma estabelecida pela Lei Federal nº 8.666/93.

Será facultado também aos inscritos a representação, para o Secretário Municipal de Saúde, por intermédio do Presidente da Comissão Especial, no prazo de 5 (cinco) dias úteis da intimação da decisão da premiação, de que não caiba recurso administrativo hierárquico.

A Comissão Especial poderá reconsiderar sua decisão de premiação, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados do recebimento do recurso, ou fazê-lo subir à Autoridade Superior, devidamente informada, para deferimento ou indeferimento, dentro do prazo citado.

A interposição de recurso ou representação será comunicada aos demais inscritos, que poderão impugná-lo no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados da intimação do ato.

Os recursos e/ou representações deverão observar os seguintes requisitos:

- I. serem devidamente fundamentados;
- II. serem assinados por representante legal ou procurador com poderes suficientes;
- III. serem protocolados ao Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde.

Não será admitida a apresentação de documentos ou informações que já deveriam ter acompanhado as documentações solicitadas no edital e seus anexos

Os recursos ou representações interpostas fora do prazo ou em local diferente do indicado não serão conhecidos.

Terão efeito suspensivo obrigatório apenas os recursos quanto o julgamento da premiação. Os demais não terão efeito suspensivo, salvo se, por razões de interesse público, a Secretária Municipal de Saúde assim o determinar.

Os recursos interpostos com objetivos protelatórios ou outros que não sejam pertinentes ao direito dos concorrentes e ao interesse público serão considerados como atos de perturbação ao programa, sendo, neste caso, objeto de representação por parte da SMSA ao Ministério Público, instrumentalizando-o para oferecimento de denúncia ao Poder Judiciário, por infração ao art. 93 da Lei Federal nº 8.666, de 1993.

As impugnações, recursos e contrarrazões, caso existentes, poderão ser enviadas via internet (em formato PDF) por meio do e-mail: [gisasplan@pbh.gov.br](mailto:gisasplan@pbh.gov.br), com remessa posterior do documento original no prazo máximo de 2 dias úteis contados do prazo final para a sua apresentação e endereçadas ao Presidente da Comissão Especial, protocolizadas no Gabinete da SMSA, no seguinte endereço: Secretaria Municipal de Saúde – SMSA Avenida Afonso Pena, 2336, 13º andar, Funcionários, Belo Horizonte/MG, no horário de atendimento regular do órgão.

Os inscritos poderão desistir do direito de recorrer antes do decurso de prazo, por meio de comunicação expressa à Comissão Especial ou de mero registro em atas de reunião da Comissão Especial, na forma do inciso III, do art. 43, da Lei Federal nº 8.666, de 1993.

## **18 DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Os recursos financeiros previstos para a premiação decorrem do Programa Melhor Saúde BH pactuados entre o Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID e a SMSA, ficando a entrega dos prêmios condicionada ao desembolso de recursos previstos no referido Programa.

A inscrição implicará a aceitação das normas para o programa contidas nos comunicados, neste edital e em outros a serem publicados.

Os casos omissos e eventuais dúvidas referentes a este Edital serão resolvidos e esclarecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O Edital completo e seus anexos estará disponível no site da Prefeitura de Belo Horizonte: [www.prefeitura.pbh.gov.br](http://www.prefeitura.pbh.gov.br).

Os esclarecimentos de dúvidas ou informações complementares serão resolvidos pela Comissão Especial, respeitada a legislação pertinente, facultado aos inscritos formular consultas por e-mail ([gisasplan@pbh.gov.br](mailto:gisasplan@pbh.gov.br)), até 5 (cinco) dias antes da entrega dos pré-projetos.

Belo Horizonte, de de 2021.

Zilmara Aparecida Guilherme Ribeiro

Diretora de Vigilância Sanitária

## ANEXO 1 - FICHA TÉCNICA DOS INDICADORES

### DIMENSÃO: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

#### Protocolos básicos de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde: Identificação do paciente

<b>Indicador</b>	<b>% de pacientes identificados corretamente</b>
<b>Definição</b>	Pacientes usando pulseiras íntegras e padronizadas (com nome completo, nome da mãe e data de nascimento completa, letra de forma legível e sem abreviações).
<b>Nível de informação</b>	Processo
<b>Dimensão da qualidade</b>	Segurança do Paciente
<b>Fonte de dados</b>	Auditoria interna
<b>Amostra</b>	100% dos pacientes em atendimentos e/ou internados
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Indicador 1</b>	<b>% de pacientes identificados corretamente</b>
<b>Numerador</b>	Nº de pacientes usando pulseiras íntegras e padronizadas (com nome completo, nome da mãe e data de nascimento, letra de forma legível e sem abreviações) no dia da auditoria.
<b>Denominador</b>	Nº de pacientes/dia x 100
<b>Indicador 2</b>	<b>% de binômios mãe e filho identificados corretamente</b>
<b>Numerador</b>	Nº de binômios mãe-filho usando pulseiras íntegras e padronizadas (com nome completo, nome da mãe e data de nascimento, letra de forma legível e sem abreviações) no dia da auditoria.
<b>Denominador</b>	Nº de binômios mãe-filho/dia x 100
<b>Meta</b>	100% dos pacientes atendidos/internados
<b>Setor responsável</b>	Classificação de Risco/ Unidades de internação/ Unidades de tratamento ambulatorial/ Unidades de diagnósticos/Unidades Cirúrgicas
<b>Setor co-responsável</b>	NSP
<b>Auditor</b>	NSP

#### Protocolos básicos de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde: Prevenção de Úlcera por Pressão

<b>Definição</b>	Garantir que as práticas empregadas para avaliar o risco de aquisição de úlcera por pressão estão sendo eficazes.
<b>Nível de informação</b>	Processo
<b>Dimensão da qualidade</b>	Segurança
<b>Amostra</b>	100% dos pacientes expostos ao risco (pacientes internados)
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Indicador</b>	<b>% de incidência de úlcera por pressão em pacientes expostos ao risco</b>
<b>Numerador</b>	Nº de casos novos de pacientes com úlcera por pressão notificadas no período
<b>Denominador</b>	Nº de pessoas expostas ao risco de adquirir úlcera por pressão (pacientes internados)
<b>Meta</b>	0%
<b>Setor responsável</b>	NSP
<b>Setor co-responsável</b>	Unidades de internação, CTI
<b>Auditor</b>	NSP

Protocolos básicos de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde: Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos

<b>Definição</b>	Medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância prescritos em protocolos de administração, com abreviaturas de nomes, doses e via de administração potencialmente perigosas, como porcentagem de todos os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância prescritos.  Eventos adversos (EA) a medicamentos em hospitais
<b>Nível de informação</b>	Resultado
<b>Dimensão da qualidade</b>	Segurança do Paciente
<b>Amostra</b>	Todos os medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância prescritos
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Indicador 1</b>	<b>% de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância prescritos com erros potencialmente perigosos para confundir o nome, administração e a frequência das doses</b>
<b>Numerador</b>	Nº de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância prescritos com abreviaturas potencialmente perigosas para o nome do medicamento ou com dose, via de administração e frequência incorretas.
<b>Denominador</b>	Nº de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância prescritos.
<b>Indicador 2</b>	<b>% de pacientes-dia com eventos adversos relacionados a medicamentos</b>
<b>Numerador</b>	Nº de eventos adversos relacionados a medicamentos notificados no período
<b>Denominador</b>	Nº de pacientes/dia x 100
<b>Meta</b>	0%
<b>Setor responsável</b>	Núcleo de Segurança do Paciente
<b>Setor co-responsável</b>	Farmácia
<b>Auditor</b>	Farmácia

Protocolos básicos de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde: Cirurgia Segura

<b>Indicador</b>	% de check list de cirurgia segura aplicado no momento correto
<b>Definição</b>	Procedimentos cirúrgicos em que o check list de cirurgia segura foi utilizada pela equipe cirúrgica, no momento certo de cada etapa e com a participação de todos.
<b>Nível de informação</b>	Processo
<b>Dimensão da qualidade</b>	Segurança
<b>Amostra</b>	100%
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Numerador</b>	nº de procedimentos cirúrgicos em que o check list de cirurgia segura foi aplicado pela equipe cirúrgica, no momento correto de cada etapa e com a participação de todos.
<b>Denominador</b>	nº de procedimentos cirúrgicos x 100
<b>Meta</b>	100%
<b>Setor responsável</b>	NSP
<b>Setor co-responsável</b>	Bloco Cirúrgico
<b>Auditor</b>	NSP

Protocolos básicos de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde: Prática em Higiene das mãos em Serviços de Saúde

<b>Indicador</b>	Taxa de adesão a higienização das mãos nos 5 momentos.
<b>Definição</b>	Adesão dos profissionais de saúde (enfermeiro, técnico de enfermagem, médicos e equipe multi) na higienização das mãos indicada nos 5 momentos
<b>Nível de informação</b>	Processo
<b>Dimensão da qualidade</b>	Segurança
<b>Amostra</b>	Mínimo de 200 observações no mês
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Numerador</b>	Nº de profissionais que fizeram a higienização das mãos nas indicações ou oportunidades definidas durante os momentos de auditoria por unidade de internação, CTI e bloco cirúrgico
<b>Denominador</b>	Nº de observações de higienização das mãos
<b>Meta</b>	100% das observações
<b>Setor responsável</b>	NSP
<b>Setor co-responsável</b>	Unidades de internação, CTI e bloco cirúrgico
<b>Auditor</b>	NSP

Protocolos básicos de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde: Prevenção de quedas

Definição	Garantir que as práticas empregadas para avaliar o risco de queda estão sendo eficazes.
Nível de informação	Processo
Dimensão da qualidade	Segurança
Amostra	Todos os pacientes internados
Periodicidade	Mensal
<b>Indicador</b>	<b>% de pacientes que tiveram queda com dano</b>
Numerador	Nº de eventos de quedas com dano ao paciente
Denominador	nº de paciente-dia x 1000
<b>Indicador</b>	<b>% de pacientes que tiveram queda sem dano</b>
Numerador	Nº de eventos de quedas sem dano ao paciente
Denominador	nº de paciente-dia x 1000
Meta	0%
Setor responsável	NSP
Setor co-responsável	Unidades de internação, CTI e Bloco cirúrgico
Auditor	NSP

**DIMENSÃO: CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA**

<b>Indicador</b>	<b>Taxa de adesão ao bundle de CVC</b>
Definição	Todos os pacientes em uso de CVC (cateter venoso central) com todos os 5 componentes do bundle aplicados de forma integral e simultânea
Nível de informação	Processo
Dimensão da qualidade	Segurança do Paciente
Fonte de dados	Fichas de checagem de aplicação do bundle individual por paciente.
Amostra	100% dos pacientes em uso de CVC
Periodicidade	Mensal
Numerador	Nº de pacientes em uso de CVC com os 5 componentes do bundle implantados (na inserção e no cuidado diário)
Denominador	Nº de pacientes em uso de CVC
Meta	95%
Referência para a meta	IHI
Setor responsável	CCIH
Setor co-responsável	CTI
Auditor	CCIH

Indicador	Taxa de adesão ao bundle de VM
Definição	Todos os pacientes em uso de VM (ventilação mecânica) com todos os 5 componentes do bundle aplicados de forma integral e simultânea
Nível de informação	Processo
Dimensão da qualidade	Segurança do Paciente
Fonte de dados	Fichas de checagem diária de aplicação do bundle individual por paciente.
Amostra	100% dos pacientes em uso de VM
Periodicidade	Mensal
Numerador	Nº de pacientes em uso de VM com os 5 componentes do bundle implantados
Denominador	Nº de pacientes em uso de VM
Meta	95%
Referência para a meta	IHI
Setor responsável	CCIH
Setor co-responsável	CTI
Auditor	CCIH

Indicador	Taxa de ICS (infecção de sítio cirúrgico)
Definição	Fazer busca ativa pós-alta de todos os paciente submetidos à procedimentos cirúrgicos NNISS (ou por amostra definida de acordo com o perfil do hospital, os riscos do procedimento e a quantidade de procedimentos realizados)
Nível de informação	Resultado
Dimensão da qualidade	Segurança do Paciente
Fonte de dados	Fichas de acompanhamento de egressos cirúrgicos (denominadores cirúrgicos)
Amostra	100% dos pacientes submetidos à procedimentos cirúrgicos NNISS (ou por amostra definida de acordo com o perfil do hospital, os riscos do procedimento e a quantidade de procedimentos realizados)
Periodicidade	Mensal
Numerador	Nº de ISC notificadas
Denominador	Nº de pacientes submetidos à procedimentos cirúrgicos NNISS (ou por amostra definida de acordo com o perfil do hospital, os riscos do procedimento e a quantidade de procedimentos realizados)
Meta	A definir, de acordo com o perfil de cada instituição
Referência para a meta	Histórico do hospital
Setor responsável	CCIH
Setor co-responsável	Centro cirúrgico/ostétrico
Auditor	CCIH

<b>Indicador</b>	<b>Taxa de infecções no período neonatal (de 0 a 28 dias de vida)</b>
<b>Definição</b>	Fazer busca ativa pós-alta de todos os recém-nascidos via parto vaginal ou cesariana no hospital
<b>Nível de informação</b>	Resultado
<b>Dimensão da qualidade</b>	Segurança do Paciente
<b>Fonte de dados</b>	Fichas de acompanhamento de RN pós-parto (denominadores cirúrgicos)
<b>Amostra</b>	100% dos recém-nascidos via parto vaginal ou cesariana no hospital (ou cálculo de amostra representativa desta população)
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Numerador</b>	Nº de IH notificadas no período neonatal
<b>Denominador</b>	Nº de nascidos vivos no hospital
<b>Meta</b>	A definir, de acordo com o perfil de cada instituição
<b>Referência para a meta</b>	Histórico do hospital
<b>Setor responsável</b>	CCIH
<b>Setor co-responsável</b>	Unidade Neonatal e Maternidade
<b>Auditor</b>	CCIH

<b>Indicador</b>	<b>Taxa de adesão ao protocolo de antibioticoterapia comunitária empírica</b>
<b>Definição</b>	As prescrições médicas, em sua maioria , devem seguir o padrão definido e aprovado pelo hospital.
<b>Nível de informação</b>	Processo
<b>Dimensão da qualidade</b>	Segurança do Paciente
<b>Fonte de dados</b>	Fichas de solicitação de antimicrobianos com parecer da CCIH
<b>Amostra</b>	100% das prescrições feitas ou cálculo de amostra representativa, sendo o total da população de pacientes críticos.
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Numerador</b>	Nº de prescrições feitas conforme as recomendações do protocolo
<b>Denominador</b>	Nº de prescrições auditadas
<b>Meta</b>	95%
<b>Referência para a meta</b>	Histórico do hospital
<b>Setor responsável</b>	CCIH
<b>Setor co-responsável</b>	Corpo Clínico
<b>Auditor</b>	CCIH

Indicador	Taxa de adequação ao uso da antibioticoprofilaxia cirúrgica
Definição	As prescrições médicas, em sua maioria, devem seguir o padrão definido e aprovado pelo hospital com relação ao tipo de antimicrobiano, dose e hora de aplicação.
Nível de informação	Processo
Dimensão da qualidade	Segurança do Paciente
Fonte de dados	Fichas de descrição cirúrgica
Amostra	100% das prescrições de antibioticoprofilaxia feitas conforme as recomendações do protocolo (tipo de ATM, dose e hora de administração) ou cálculo de amostra representativa
Periodicidade	Mensal
Numerador	Nº de prescrições feitas conforme as recomendações do protocolo
Denominador	Nº de prescrições auditadas
Meta	95%
Referência para a meta	Histórico do hospital
Setor responsável	CCIH
Setor co-responsável	Blocos cirúrgico e obstétrico
Auditor	CCIH

Indicador	Taxa de IH (global) nas Unidades de Internação
Definição	Controle das taxas de infecção hospitalar em pacientes semi-críticos e não críticos
Nível de informação	Resultado
Dimensão da qualidade	Segurança do Paciente
Fonte de dados	Busca ativa intra-hospitalar por pistas (solicitação de ATB, febre, secreções de feridas, resultado de cultura, reinternação)
Amostra	100% dos pacientes internados em Unidades de Internação acompanhados através de busca ativa por pistas (ou cálculo de amostra representativa)
Periodicidade	Mensal
Numerador	Nº de IH ocorridas na Unidade de Internação
Denominador	Nº de pacientes-dia
Meta	A definir, de acordo com o perfil de cada instituição
Referência para a meta	ANVISA/Histórico do hospital
Setor responsável	CCIH
Setor co-responsável	Unidade de Internação
Auditor	CCIH



<b>Indicador</b>	<b>Taxa de ICS (infecção da corrente sanguínea) associada a CVC (cateter venoso central)</b>
<b>Definição</b>	Controle das taxas de infecção hospitalar em pacientes críticos submetidos a procedimentos invasivos
<b>Nível de informação</b>	Resultado
<b>Dimensão da qualidade</b>	Segurança do Paciente
<b>Fonte de dados</b>	Busca ativa intra-hospitalar diária nas Unidades de Terapia Intensiva com formulário próprio
<b>Amostra</b>	100% dos pacientes em uso de CVC
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Numerador</b>	Nº de ICS notificadas no período
<b>Denominador</b>	Nº de CVC-dia
<b>Meta</b>	A definir, de acordo com o perfil de cada instituição
<b>Referência para a meta</b>	ANVISA/NHSN/Histórico do hospital
<b>Setor responsável</b>	CCIH
<b>Setor co-responsável</b>	Unidade de Internação e Unidade de Terapia Intensiva
<b>Auditor</b>	CCIH

<b>Indicador</b>	<b>Taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica</b>
<b>Definição</b>	Controle das taxas de infecção hospitalar em pacientes críticos submetidos a procedimentos invasivos
<b>Nível de informação</b>	Resultado
<b>Dimensão da qualidade</b>	Segurança do Paciente
<b>Fonte de dados</b>	Busca ativa intra-hospitalar diária nas Unidades de Terapia Intensiva com formulário próprio
<b>Amostra</b>	100% dos pacientes em uso de VM
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Numerador</b>	Nº de pneumonias notificadas no período
<b>Denominador</b>	Nº de VM-dia
<b>Meta</b>	A definir, de acordo com o perfil de cada instituição
<b>Referência para a meta</b>	ANVISA/NHSN/Histórico do hospital
<b>Setor responsável</b>	CCIH
<b>Setor co-responsável</b>	Unidade de Terapia Intensiva
<b>Auditor</b>	CCIH

<b>Indicador</b>	<b>Taxa de ITU (infecção do trato urinário) associada à SVD (sondagem visual de demora)</b>
<b>Definição</b>	Controle das taxas de infecção hospitalar em pacientes críticos submetidos a procedimentos invasivos
<b>Nível de informação</b>	Resultado
<b>Dimensão da qualidade</b>	Segurança do Paciente
<b>Fonte de dados</b>	Busca ativa intra-hospitalar diária nas Unidades de Internação e Unidades de Terapia Intensiva
<b>Amostra</b>	100% dos pacientes em uso de SVD
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Numerador</b>	Nº de ITU notificadas no período
<b>Denominador</b>	Nº de SVD-dia
<b>Meta</b>	A definir, de acordo com o perfil de cada instituição
<b>Referência para a meta</b>	ANVISA/NHSN/Histórico do hospital
<b>Setor responsável</b>	CCIH
<b>Setor co-responsável</b>	Unidade de Terapia Intensiva e Unidades de Internação
<b>Auditor</b>	CCIH

<b>Indicador</b>	<b>Taxa de disseminação de microorganismos multirresistentes</b>
<b>Definição</b>	Controle da disseminação de microorganismos multirresistentes nas dependências do hospital
<b>Nível de informação</b>	Resultado
<b>Dimensão da qualidade</b>	Segurança do Paciente
<b>Fonte de dados</b>	Busca ativa intra-hospitalar diária nas Unidades de Internação e Unidades de Terapia Intensiva, confrontando com os resultados de cultura
<b>Amostra</b>	100% dos resultados de cultura
<b>Periodicidade</b>	Mensal
<b>Numerador</b>	Nº de pacientes notificados com microorganismos multirresistentes adquiridos durante a internação, ou seja, de origem hospitalar.
<b>Denominador</b>	Nº de pacientes-dia
<b>Meta</b>	A definir, de acordo com o perfil de cada instituição
<b>Referência para a meta</b>	Histórico do hospital
<b>Setor responsável</b>	CCIH
<b>Setor co-responsável</b>	Todas as unidades de internação
<b>Auditor</b>	CCIH

## ANEXO 2 - FORMULÁRIO DE PRÉ-PROJETO

INSTITUIÇÃO: DIMENSÃO AVALIADA: DATA:									
Item	Subitem	Ação Planejada	Início e fim/Previsão	Quem (Responsável)	Onde? (setores ou toda a instituição?)	Contato do responsável (e-mail e telefone)	Como?	Possui indicador?	Se sim, qual a ficha técnica do indicador?

## ANEXO 3 - CRONOGRAMA DO PROGRAMA

ETAPAS	AGENDA
VISITAS DIAGNÓSTICAS	Da publicação do Edital até o dia 08/05/2019
INSCRIÇÃO	Da publicação do Edital até o dia 06/05/2019
ELABORAÇÃO DO PRÉ-PROJETO	Da publicação do Edital até o dia 10/05/2019
AVALIAÇÃO PRÉ-PROJETO	até o dia 15/05/2019
ENCERRAMENTO DA ETAPA 1 - CAPACITAÇÃO EAD	até 21/07/2019
AVALIAÇÃO DA ETAPA 1	22/07 a 31/07/2019
ENCERRAMENTO DA ETAPA 2 - CAPACITAÇÃO EAD	até 03/11/2019
AVALIAÇÃO DA ETAPA 2	04/11 a 14/11/2019
ENCERRAMENTO DA ETAPA 3 - CAPACITAÇÃO EAD	até 01/03/2020
AVALIAÇÃO DA ETAPA 3	02/03 a 13/03/2020
PAUSA DO PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR	De abril/2020 a agosto/2021
ENCERRAMENTO DA ETAPA 4 - CAPACITAÇÃO EAD	até 22/10/2021
AVALIAÇÃO DA ETAPA 4	25/10 a 08/11/2021
MENSURAÇÃO	08/12 a 15/12/2021
FINAL - PREMIAÇÃO	Até 20/12/2021

## ANEXO 4 - MATRIZ DE PONTUAÇÃO

### DIMENSÃO: NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Item	Subitem	Pontuação	Classificação da atividade	Peso	Pontuação máxima	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4	POSSUI INDICADOR?
Capacitação EAD	Capacitação introdutória de 100% da equipe do NSP	2	Planejamento	2	4				x	
Interação com a Vigilância Sanitária	Regulamentação e constituição do NSP com profissional exclusivo para função	2	Estrutura legal e implantação	1	2	x				
Interação com a Vigilância Sanitária	Notificação de incidentes NOTIVISA (com ações de resposta e controle de tratativas)	4	Rotina de Monitoramento	3	12	x	x	x	x	
Plano de Segurança do Paciente (PSP)	Elaboração/ Revisão do Plano de Segurança do Paciente	4	Planejamento	2	8	x				
Plano de Segurança do Paciente (PSP)	Cronograma de capacitação anual do PSP em 100% das equipes assistenciais	1	Planejamento	2	2	x				
Plano de Segurança do Paciente (PSP)	Capacitação anual do PSP em 100% das equipes assistenciais	4	Implementação	3	12	x	x	x	x	
Gerenciamento dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde	Descrição dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde	8	Planejamento	2	16	x				
Gerenciamento dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde	Identificação do paciente	2	Rotina de Monitoramento	3	6		x	x	x	SIM

Item	Subitem	Pontuação	Classificação da atividade	Peso	Pontuação máxima	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4	POSSUI INDICADOR?
Gerenciamento dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde	Prevenção de Úlcera por Pressão	2	Rotina de Monitoramento	3	6		x	x	x	SIM
Gerenciamento dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde	Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos	2	Rotina de Monitoramento	3	6		x	x	x	SIM
Gerenciamento dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde	Cirurgia Segura	2	Rotina de Monitoramento	3	6		x	x	x	SIM
Gerenciamento dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde	Prática em Higiene das mãos em Serviços de Saúde	2	Rotina de Monitoramento	3	6		x	x	x	SIM
Gerenciamento dos Protocolos Básicos de Segurança do Paciente do Ministério da Saúde	Prevenção de quedas	2	Rotina de Monitoramento	3	6		x	x	x	SIM
Transferência do cuidado	Comunicação efetiva na transferência do cuidado	2	Rotina de Monitoramento	3	6		x	x	x	
Gerenciamento de ações	Gerenciamento de ações de melhoria identificadas pelo NSP (PDCA)	1	Rotina de Monitoramento	3	3	x	x	x	x	SIM

**DIMENSÃO: CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS A ASSISTÊNCIA**

Item	Subitem	Pontuação	Classificação da atividade	Peso	Pontuação máxima	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4	POSSUI INDICADOR?
Auditorias Assistenciais Internas	Implementar cronograma de visita técnica com itens de verificação que chequem conformidade de processo, por priorização de risco	1	Implementação	3	3	x				
Auditorias Assistenciais Internas	RNC das visitas técnicas	1	Implementação	3	3		x	x		
Auditorias Assistenciais Internas	RNC com tratativas	2	Rotina de Monitoramento	3	6				x	
Controle de egressos	Método para acompanhar egressos cirúrgicos e recém-nascidos	1	Planejamento	2	2	x				
Controle de egressos	Acompanhamento dos egressos cirúrgicos e recém-nascidos	2	Implementação	3	6		x	x		
Controle de egressos	Indicador de Infecção de sítio cirúrgico	1	Rotina de Monitoramento	3	3				x	SIM
Estrutura Institucional	Reuniões e atas de CCIH, PDCA das ações corretivas propostas	0,5	Estrutura legal e implantação	1	0,5	x	x	x	x	
Estrutura Institucional	Aplicação do PDCA - rotina	0,5	Rotina de Monitoramento	3	1,5	x	x	x	x	
Estrutura Institucional	Notificações no SIVISE e Notificação de Surtos para Vigilância Sanitária	1	Estrutura legal e implantação	1	1	x	x	x	x	
Estrutura Institucional	Comunicação de IH para outro hospital em caso de transferência (hospital de origem ou destino)	1	Implementação	3	3		x		x	
Protocolos de Prevenção de Infecção	Descrição Bundles do IHI	1	Planejamento	2	2	x				

Item	Subitem	Pontuação	Classificação da atividade	Peso	Pontuação máxima	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4	POSSUI INDICADOR?
Protocolos de Prevenção de Infecção	Descrição dos protocolos assistenciais de controle de infecção	2	Planejamento	2	4	x				
Protocolos de Prevenção de Infecção	CTI capacitado nas definições dos bundles	1	Implementação	3	3		x			
Protocolos de Prevenção de Infecção	Método de disseminação dos protocolos assistenciais de controle de infecção para a comunidade hospitalar	1	Planejamento	2	2		x	x		
Protocolos de Prevenção de Infecção	Auditoria do processo de implantação dos bundles	2	Implementação	3	6			x		
Protocolos de Prevenção de Infecção	Indicador de Adesão aos bundles	1	Rotina de Monitoramento	3	3				x	SIM
Protocolos de Prevenção de Infecção	Indicador de Infecções relacionadas à assistência	2	Rotina de Monitoramento	3	6				x	SIM
Protocolos de Prevenção de Infecção	Indicador de Controle de disseminação de multirresistência	1	Rotina de Monitoramento	3	3				x	SIM
Uso racional de antimicrobianos	Relatório de Perfil microbiológico de pacientes críticos e semi-críticos	2	Implementação	3	6		x		x	
Uso racional de antimicrobianos	Política de utilização de antimicrobianos	1	Planejamento	2	2	x				
Uso racional de antimicrobianos	Capacitação da política de utilização de antimicrobianos	2	Implementação	3	6		x			
Uso racional de antimicrobianos	Auditoria do uso de antimicrobiano	2	Implementação	3	6			x	x	

Item	Subitem	Pontuação	Classificação da atividade	Peso	Pontuação máxima	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4	POSSUI INDICADOR?
Uso racional de antimicrobianos	Indicador de Adesão a política de utilização de antimicrobiano	1	Rotina de Monitoramento	1	1			x	x	SIM

#### DIMENSÃO: GESTÃO DA QUALIDADE E DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Item	Subitem	Pontuação	Classificação da atividade	Peso	Pontuação Máxima	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4	POSSUI INDICADOR?
Capacitação EAD	Capacitação introdutória Ferramentas de Qualidade de 100% da equipe da Qualidade	2	Planejamento	2	4				x	SIM
Gerenciamento das linhas de cuidado mais representativas (perfil/risco)	Revisão dos protocolos das linhas de cuidado	2	Planejamento	2	4	x				
Gerenciamento das linhas de cuidado mais representativas (perfil/risco)	Capacitação das equipes nos protocolos por linha de cuidado	2	Implementação	3	6		x	x		
Gestão Estratégica pelo DRG	Tempo de permanência (parâmetro DRG, base SUS) - % de pacientes que excederam o tempo de permanência	1	Rotina de Monitoramento	3	3	x	x	x	x	
Gestão Estratégica pelo DRG	Taxa de readmissão em menos de 30 dias pelo mesmo CID da internação anterior (DRG)	1	Rotina de Monitoramento	3	3	x	x	x	x	
Gestão Estratégica pelo DRG	Taxa de readmissão em menos de 30 dias por complicação da internação anterior (DRG)	1	Rotina de Monitoramento	3	3	x	x	x	x	



Item	Subitem	Pontuação	Classificação da atividade	Peso	Pontuação Máxima	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4	POSSUI INDICADOR?
Gestão Estratégica pelo DRG	Taxa de mortalidade (DRG)	1	Rotina de Monitoramento	3	3	x	x	x	x	
Gestão Estratégica pelo DRG	Óbitos com condições adquiridas (DRG)	1	Rotina de Monitoramento	3	3	x	x	x	x	
Gestão Estratégica pelo DRG	Taxa de mortalidade em DRG de baixo risco (investigação em 100% desses óbitos) (DRG)	1	Rotina de Monitoramento	3	3	x	x	x	x	
Gestão Estratégica pelo DRG	PDCA - Tratativa das causas de excesso de permanência internas ao hospital (3 primeiras)	3	Rotina de Monitoramento	3	9				x	
Análise crítica da Alta Direção	Elaboração de Cronograma anual de análise crítica dos indicadores de desempenho assistencial equipes médicas e não médicos com ações tratativas	1	Planejamento	2	2	x				
Desenvolvimento Contínuo	PDCA - Tratativa dos itens relacionados a processos, pontuados no relatório da Vigilância Sanitária	4	Rotina de Monitoramento	3	12				x	
Desenvolvimento Contínuo	Controle da qualidade da água	1	Rotina de Monitoramento	3	3	x			x	

<b>Dimensão</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Pontuação Ponderada</b>	<b>% de Representatividade</b>
Núcleo de Segurança do Paciente	40	101	42%
Controle de Infecções Relacionadas a Assistência	30	79	33%
Gestão da qualidade e desempenho assistencial	20	58	24%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>238</b>	<b>100%</b>

## **ANEXO 5 – TERMO DE REFERÊNCIA**

### **1. Do objeto, da justificativa e a indicação dos resultados esperados**

A Vigilância Sanitária, em parceria com o Grupo de Inovação em Saúde (GIS), da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte apresenta Termo de Referência para Edital de Premiação do “PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR – QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE”.

O objetivo principal deste programa é fortalecer e ampliar o engajamento dos prestadores e profissionais de saúde afins nos métodos de prevenção, controle e tratativas de eventos adversos infecciosos e não infecciosos e, em consequência, na barreira de proteção ao paciente. Além disso, espera-se promover e implantar ações de melhoria da qualidade e do desempenho assistencial.

O conjunto de ações planejadas e a serem executadas neste programa está alinhado às políticas públicas e diretrizes do Ministério da Saúde, sendo as principais normas a Portaria MS Nº 2.616/1998, RDC 36/2013 e Portaria MS 529/2013, embora seu escopo não se limite a elas e incorpore, também, recomendações de boas práticas utilizadas pelo setor e reconhecidas na literatura. É importante ressaltar que o programa não abrange a normatização relacionada aos temas em sua totalidade e que a ausência da abordagem de algumas práticas nesse edital não desobriga as instituições participantes do cumprimento de toda a legislação em vigência.

Os hospitais aptos a pleitearem a participação neste programa precisam cumprir os seguintes critérios:

- Arranjo institucional: próprios da Prefeitura de Belo Horizonte ou filantrópicos com sede em Belo Horizonte - MG;
- Tipo de atendimento: 100% SUS;
- Incorporação e operacionalização da metodologia DRG-Brasil em sua instituição com tempo de uso da ferramenta de pelo menos 1 ano para que permita o acompanhamento da evolução dos indicadores de desempenho;
- Existência de contrato ou contrato de gestão vigente entre a instituição hospitalar e a Secretaria Municipal de Saúde referente à prestação dos serviços assistenciais à saúde.

A definição dos critérios citados foi baseada nas seguintes premissas:

- Arranjo institucional: próprios da Prefeitura de Belo Horizonte ou filantrópicos com sede em Belo Horizonte - MG: justificado pelo fato de serem hospitais que são administrados diretamente pelo poder público ou dependem dos recursos públicos para sua manutenção, sem outra forma de obtenção de ganhos.
- Atender à população de Belo Horizonte na modalidade 100% SUS: justificado pelo fato do programa ter como foco a melhoria da assistência para a população mais necessitada de Belo Horizonte e que depende exclusivamente do SUS para manutenção de sua qualidade de vida. Com a soma dos 2 critérios citados, este programa abrangerá, na sua estrutura, o total de 55% das internações hospitalares de Belo Horizonte na modalidade 100% SUS, configurando, assim, a relevância deste projeto com relação à sua amplitude.
- Incorporação e operacionalização da metodologia DRG-Brasil em sua instituição com tempo de uso da ferramenta de pelo menos 1 ano para que permita o acompanhamento da evolução dos indicadores de desempenho: a justificativa para escolha desta metodologia se baseia no fato de ser de uso universal por qualquer tipo de hospital e permitir uma comparação padronizada dos indicadores que avaliam desempenho em termos de qualidade e segurança assistencial. O

tempo definido de 1 ano visa a obter uma informação mais qualificada da assistência ao longo do tempo.

Para participar do processo, os interessados deverão, a partir da publicação do edital do programa até o dia 06/05/2019, realizar a inscrição por meio de sítio eletrônico. Por sua vez, a Comissão Especial irá promover visita diagnóstica e emitir relatório das instituições hospitalares interessadas. A partir da publicação do edital, os interessados deverão enviar pré-projeto até o dia 10/05/2019. A partir do recebimento do pré-projeto, a Comissão Especial avaliará as informações repassadas e definirá o planejamento de implementação das ações durante o programa, emitido até o dia 15/05/2019.

O programa se desenvolverá durante o período de abril de 2019 a **dezembro de 2021**.

Constituem resultados esperados do Programa:

- Melhoria da qualidade da assistência;
- Padronização de práticas entre as instituições participantes;
- Garantia de práticas seguras de atendimento em saúde;
- Revisão de processos assistenciais a fim de fornecer segurança e conforto aos usuários;
- Conhecimento amplo dos resultados assistenciais dos hospitais participantes;
- Melhoria do atendimento e da segurança do cidadão usuário da rede de saúde do SUS-BH.

## 2. Valor de Referência do Programa

O programa objetiva premiar o melhor projeto desenvolvido pelos hospitais participantes do programa em Belo Horizonte. O valor a ser pago no final do desenvolvimento do projeto é de R\$3.000.000,00 no total, valor este que será distribuído entre os participantes do programa, de acordo com suas performances em relação ao cumprimento dos requisitos descritos no projeto aprovado, premiando valores em ordem decrescente, ou seja, o projeto com maior pontuação final receberá o prêmio maior. Em específico, os prêmios serão entregues somente ao final do programa, ou seja, **em dezembro de 2021**, não ocorrendo dispêndio **nos anos de 2019 e 2020**.

A distribuição dos prêmios ocorrerá da seguinte forma:

<b>PREMIAÇÃO PREVISTA PARA O PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR – QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	
<b>COLOCAÇÃO</b>	<b>VALOR ESTIMADO EM REAIS (R\$)</b>
1º LUGAR	1.000.000
2º LUGAR	600.000
3º LUGAR	400.000
DO 4º ao 7º LUGAR	250.000 PARA CADA
<b>TOTAL</b>	<b>3.000.000</b>

Os recursos previstos para a premiação decorrem do Programa Melhor Saúde BH pactuados entre o Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID e a SMSA, ficando a entrega dos prêmios condicionada ao desembolso de recursos previstos no referido Programa.

O Programa de Modernização e Melhoria da Qualidade das Redes de Atenção em Saúde em Belo Horizonte – MELHORSAUDE – BH, decorrente de operação de crédito externo da Prefeitura de Belo Horizonte com o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID possui como objetivo geral contribuir para a melhoria da saúde da população, por meio do aprimoramento do acesso, qualidade e eficiência dos serviços de saúde no Município de Belo Horizonte. Dessa forma, são objetivos específicos elevar a qualidade de vida da população e reduzir a desigualdade social no acesso aos serviços de saúde em Belo Horizonte, por meio da ampliação do acesso às redes públicas e contratadas de atenção à saúde, bem como da melhoria de sua qualidade assistencial, da eficiência, da modernização da infraestrutura física e tecnológica e da transparência da gestão dos serviços.

Dentre os componentes do projeto com o BID, encontra-se a componente “Melhoria da Gestão, Qualidade e Eficiência das redes integradas”, cujo produto Programa de Gestão da Qualidade e Segurança refere-se exatamente às ações que o Programa de Desenvolvimento Hospitalar pretende realizar.

O referido programa da SMSA com o BID encontra-se em fase final de contratação com previsão de celebração do contrato ainda no primeiro semestre de 2019. Considerando que a premiação ocorrerá somente em 2021, haverá recurso previsto para a realização.

Conforme o Plano Plurianual de Ações Governamentais de BH, para os anos de 2018-2021, os recursos do projeto Melhor Saúde BH estão assim definidos:

PROGRAMA	AÇÃO	SUB-AÇÃO	Valor Orçado (R\$)					
			2018	2019	2020	2021		
117	Gestão do SUS-BH 1395	Programa Melhor Saúde - BID	1	Fortalecimento da Rede de Atenção Primária - Unidades Básicas de Saúde- BID	-	-	3.850.000	-
117	Gestão do SUS-BH 1395	Programa Melhor Saúde - BID	1	Fortalecimento da Rede de Atenção Primária - Unidades Básicas de Saúde- BID	-	7.700.000	-	-
117	Gestão do SUS-BH 1395	Programa Melhor Saúde - BID	1	Fortalecimento da Rede de Atenção Primária - Unidades Básicas de Saúde- BID	-	-	3.850.000	-
117	Gestão do SUS-BH 1395	Programa Melhor Saúde - BID	1	Fortalecimento da Rede de Atenção Primária - Unidades Básicas de Saúde- BID	-	3.850.000	-	-
117	Gestão do SUS-BH 1395	Programa Melhor Saúde - BID	1	Fortalecimento da Rede de Atenção Primária - Unidades Básicas de Saúde- BID	-	7.710.000	-	-
117	Gestão do SUS-BH 1395	Programa Melhor Saúde - BID	1	Fortalecimento da Rede de Atenção Primária - Unidades Básicas de Saúde- BID	-	15.400.000	3.850.000	-
117	Gestão do SUS-BH 1395	Programa Melhor Saúde - BID	1	Fortalecimento da Rede de Atenção Primária - Unidades Básicas de Saúde- BID	-	4.870.000	57.350.600	13.316.410
117	Gestão do SUS-BH 1395	Programa Melhor Saúde - BID	2	Fortalecimento da Rede de Vigilância em Saúde - Rede de Frio e equipamentos- BID	-	-	735.000	3.411.135
117	Gestão do SUS-BH 1395	Programa Melhor Saúde - BID	3	Consolidação e Integração de Serviços Especializados, Hospitalares e de Urgência- BID	-	-	294.000	472.311
117	Gestão do SUS-BH 1395	Programa Melhor Saúde - BID	3	Consolidação e Integração de Serviços Especializados, Hospitalares e de Urgência- BID	-	-	1.145.700	2.175.711
117	Gestão do SUS-BH 1395	Programa Melhor Saúde - BID	3	Consolidação e Integração de Serviços Especializados, Hospitalares e de Urgência- BID	-	-	2.722.222	10.204.249
117	Gestão do SUS-BH 1395	Programa Melhor Saúde - BID	3	Consolidação e Integração de Serviços Especializados, Hospitalares e de Urgência- BID	-	-	1.255.483	2.383.993
117	Gestão do SUS-BH 1395	Programa Melhor Saúde - BID	3	Consolidação e Integração de Serviços Especializados, Hospitalares e de Urgência- BID	-	14.840.000	14.840.000	15.893.640
117	Gestão do SUS-BH 1395	Programa Melhor Saúde - BID	4	Melhoramento da Gestão, Qualidade e Eficiência das Redes Integradas- BID	-	5.000.000	2.365.000	2.483.250
117	Gestão do SUS-BH 1395	Programa Melhor Saúde - BID	5	Administração e Avaliação do Programa Melhor Saúde - BID	-	1.166.700	1.166.700	1.225.035
117	Gestão do SUS-BH 1395	Programa Melhor Saúde - BID	6	Projeto de Implantação de Solução Tecnológica de Gestão em Saúde - Módulo Ambulatorial - BID	-	8.000	8.000	8.526
117	Gestão do SUS-BH 1395	Programa Melhor Saúde - BID	7	Projeto de Implantação de Solução Tecnológica de Gestão em Saúde - Módulo Hospitalar e Urgência - BID	-	8.000	8.000	8.526
117	Gestão do SUS-BH 1395	Programa Melhor Saúde - BID	8	Projeto de Implantação de Solução Tecnológica de Gestão em Saúde - Módulo Regulação - BID	-	8.000	8.000	8.526
117	Gestão do SUS-BH 1395	Programa Melhor Saúde - BID	9	Modernização de Sistemas de Informatização em Saúde- BID	-	16.797.621	16.797.621	17.835.694

Dessa forma, observa-se a existência de recurso específico para atender à proposta de premiação dos projetos, especificamente na Subação 4 do programa 117, ação 1395.

Os recursos financeiros previstos para a premiação decorrem do Programa Melhor Saúde BH pactuados entre o Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID e a SMSA, ficando a entrega dos prêmios condicionada ao desembolso de recursos previstos no referido Programa.

### 3. Da Comissão Especial do Programa

A definição dos membros participantes a compor a Comissão Especial do Programa de Desenvolvimento Hospitalar – Qualidade e Segurança do Paciente – dar-se-á por publicação está definido em portaria específica, integrada por membros da Secretaria Municipal de Saúde, nas unidades do Grupo de Inovação em Saúde – GIS – e Subsecretaria de Promoção e Vigilância à Saúde Subsecretário de Promoção e Vigilância à Saúde.

Os membros a compor o a Comissão Especial serão responsáveis pelo acompanhamento, fiscalização e execução do presente programa.

### 4. Dos critérios de avaliação e mensuração do Programa

A cada etapa do projeto, será feita a soma dos pontos obtidos com a etapa auditada e essa pontuação será informada no relatório de cada auditoria para o conhecimento prévio da previsão de pontuação de cada etapa.

O anexo 4 do edital apresenta a matriz de pontuação de cada item e subitem do programa. A pontuação geral de cada dimensão é apresentada na tabela abaixo.

<b>PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR – QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
<b>PONTUAÇÃO GERAL POR DIMENSÃO</b>		
<b>DIMENSÃO</b>		<b>PONTUAÇÃO GERAL</b>
<b>1</b>	Núcleo de Segurança do Paciente	40 pontos
<b>2</b>	Programa de Controle de Infecção Hospitalar	30 pontos
<b>3</b>	Gestão da Qualidade de Desempenho Assistencial	20 pontos
<b>TOTAL GERAL DO PROJETO</b>		<b>90 pontos</b>

Cada dimensão avaliada é desdobrada em itens e subitens que serão avaliados nas etapas de auditoria. Esses são classificados em quatro tipos de atividades, que apresentarão pesos diferentes na avaliação, conforme tabela a seguir:

PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR – QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE		
PESO POR TIPO DE ATIVIDADE		
TIPO DE ATIVIDADE		PESO
1	Estrutura legal e implantação	1
2	Planejamento	2
3	Implementação	3
4	Rotina de monitoramento	3

A partir da pontuação obtida em cada item e sua ponderação por tipo de atividade, calcula-se a nota final da etapa. O somatório das notas obtidas por dimensão em cada etapa será o resultado final por cada hospital no encerramento do programa e este resultado orientará as premiações finais de cada participante.

Em caso de empate no resultado final do programa, o desempate seguirá os seguintes critérios:

- 4- Maior pontuação nos itens de Peso 3
- 5- Maior pontuação nos itens de Peso 2
- 6- Maior pontuação nos itens de Peso 1

A pontuação final de cada participante do programa será calculada ao fim do desenvolvimento dos projetos, com base nos relatórios das 4 auditorias programadas. A Comissão Especial do Programa entregará o último relatório de auditoria aos hospitais constando a pontuação final no evento de premiação.

É importante salientar que o hospital deve ter pontuação em todas as dimensões do programa; caso isso não ocorra, o hospital não poderá participar do processo de premiação. Além disso, para que o hospital possa pleitear a premiação é necessário que tenha obtido um mínimo de 40 % da pontuação em cada dimensão, após ponderação, ao final do programa.

## 5. Das responsabilidades e do funcionamento do Programa

O projeto de cada hospital referente ao PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR – QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE deverá ser desenvolvido durante **28** meses, ao longo dos anos de 2019, 2020 e **2021**, a contar da data de envio da aprovação dos pré-projetos, com final programado para **dezembro de 2021**, sendo esse desenvolvimento consistindo no cumprimento das ações definidas para cada item a ser implantado, nos prazos já determinados nos próprios planos. Os prazos definidos nos planos de ação deverão respeitar o cronograma já estabelecido no anexo 3.

Durante o desenvolvimento do projeto, a Comissão Especial do Programa realizará 4 auditorias item a item, concorrentes, com periodicidade já previamente programada no cronograma do projeto. Estas auditorias visam à verificação do cumprimento de todos os itens previstos para aquela fase correspondente do projeto, observando se as ações descritas foram eficazmente implantadas. As auditorias buscam a verificação das evidências do cumprimento dos itens e, naqueles itens específicos de indicadores, o que se espera encontrar são os resultados sistemáticos dos indicadores com suas análises críticas e ações corretivas/preventivas, quando necessárias.

Os itens avaliados nas auditorias serão os mesmos constantes na inscrição e será enviado relatório com a pontuação atingida e as justificativas em caso de perda de pontuação. As datas das auditorias serão marcadas em concordância com os hospitais participantes. A pontuação atingida por cada hospital naquela etapa auditada será definida conforme matriz de pontuação, sendo o total de cada item dependente do cumprimento das ações propostas (anexo 4).

As ações que não conseguirem ser completadas durante a etapa correspondente do projeto deverão ser completadas ao longo das outras fases, para que não haja prejuízo no resultado final, uma vez que muitas ações são interdependentes, sendo que as ações iniciais trazem consequências para as ações futuras. Caso em uma segunda etapa haja o cumprimento de itens previstos para a etapa anterior, a instituição poderá recuperar 50% da pontuação perdida no item. Caso ocorra em duas etapas posteriores, a instituição poderá recuperar 30% da pontuação perdida e, finalmente, caso ocorra em 3 etapas posteriores, a recuperação será de 20% dos pontos. Não haverá recuperação de pontos nos itens que houver indicador.

## **6. Do prazo do Programa e da prestação de contas**

Os projetos inseridos no Programa serão avaliados durante o período de **28 (vinte e oito) meses**. Por sua vez, os valores obtidos com a premiação deverão ser utilizados no prazo de 2 (dois) anos a partir da entrega dos prêmios.

A SMSA determina que o valor obtido como premiação pelo desempenho no PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO HOSPITALAR – QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE seja utilizado para **adaptações/reformas de infraestrutura ou aquisição de equipamentos** que estejam relacionados com incremento na segurança do paciente ou que possam possibilitar melhoria nas condições de assistência ou maior conforto para a população atendida. Para isso, o hospital deverá, ao fim do projeto, indicar qual a destinação do recurso com a premiação obtida e os ganhos esperados em termos de melhoria assistencial, de forma que essa indicação deverá ser alinhada aos diagnósticos realizados ao longo do Programa Qualidade e Segurança.

Os valores obtidos com a premiação deverão ser utilizados no prazo de 2 (dois) anos a partir da entrega dos prêmios.

Durante a realização da adaptação/reforma da infraestrutura ou aquisição de equipamentos definida pelo hospital em concordância com a SMSA, o hospital poderá ser visitado pela Comissão Especial do Programa, a fim de verificar o andamento da execução e a verificação de seu risco. Além disso, o hospital deverá fazer a prestação de contas para a SMSA após a entrega dos prêmios.

Esta prestação de contas será feita da seguinte maneira:

1. Cada instituição premiada deverá, ao longo dos 2 anos de execução dos recursos, encaminhar relatório semestral à SMSA indicando o andamento da execução das adaptações/reformas de infraestrutura ou aquisição de equipamentos.
2. A partir das informações das instituições que receberam os prêmios, a prestação de contas deverá ocorrer em 30 dias a partir da conclusão do prazo de utilização dos recursos recebidos, por meio de relatório escrito e fotográfico.
3. A Comissão Especial do Programa emitirá documento de concordância, podendo realizar visitas técnicas para verificação do andamento das adaptações/reformas de infraestrutura ou aquisição de equipamentos (opcional, de acordo com a avaliação da SMSA e do hospital) e solicitar a apresentação de documentos comprobatórios do uso dos recursos do prêmio no projeto de adaptação/reforma de infraestrutura, caso necessário.



Caso a instituição premiada não apresente seu relatório final de prestação de contas (30 dias após a conclusão da utilização dos recursos) comprovando que as adaptações/reformas de infraestrutura ou aquisição de equipamentos foram devidamente concluídas e se encontram em operação, o valor do prêmio deverá ser devolvido de forma integral à SMSA.

Inclusive no caso de execução de adaptações/reformas de infraestrutura ou aquisição de equipamentos parciais ou incompletos, estando comprovado que estes não se encontram em devida operação, o valor integral deverá ser devolvido à SMSA.

Belo Horizonte, de de 2021.

Zilmara Aparecida Guilherme Ribeiro  
Diretora de Vigilância Sanitária